



STYRELSEN FOR  
PATIENTKLAGER

---

# ÅRSBERETNING

Det Psykiatriske Ankenævn 2022

# Kolofon

---

Titel på udgivelsen:  
Årsberetning – Det Psykiatriske Ankenævn 2022

Udgivet af:  
Styrelsen for Patientklager  
Olof Palmes Allé 18 H  
8200 Aarhus N.

Telefon: 72 33 05 00  
E-post: [stpk@stpk.dk](mailto:stpk@stpk.dk)

Udgivelsesår: 2023

Version: 1.0  
Versionsdato: April 2023

Publikationen er tilgængelig på <https://stpk.dk/om-os/publikationer/>

# Indhold

---

Kolofon .....	1
Indhold .....	2
1 Forord .....	4
2 Det Psykiatriske Ankenævn .....	5
2.1 Indledning .....	5
2.2 Ankenævnets sammensætning .....	5
2.3 Ankenævnets kompetence .....	5
2.4 Ankenævnets sagsbehandling.....	6
3 Nøgletal .....	7
3.1 Modtagne sager.....	7
3.2 Afsluttede sager.....	7
3.3 Ændringsprocent.....	8
3.4 Sagsbehandlingstid .....	9
4 Sagsgang .....	10
4.1 Formelle regler .....	10
4.1.1 Klageberettigede .....	10
4.1.2 Klagefrist .....	10
4.1.3 Ankenævnets kompetence .....	10
4.2 Sekretariatets forberedelse af sagen .....	11
4.3 Afgørelsen .....	12
4.4 Genoptagelse .....	13
5 Afgørelser .....	14
5.1 Tvangsbehandling .....	14
5.1.1 Patientens tilstand .....	15
5.1.2 Mindstemiddelsprincippet.....	15
5.1.2.1 Depotbehandling .....	16
5.1.2.2 Polyfarmaci.....	16
5.1.2.3 Successive behandlingssæt .....	17
5.1.3 Betænkningstid .....	18
5.1.4 Indhold af motivationen.....	20
5.1.5 Overlægegodkendelse .....	21
5.1.6 Patientrådgiver og bistandsværge .....	21
5.1.7 Afprøvede lægemidler .....	22
5.1.8 Sædvanlig dosering.....	22
5.1.8.1 Sædvanlig dosisadministration .....	23
5.1.9 Information om præparaterne .....	23

5.1.10	Opsættende virkning .....	24
5.2	Anvendelse af fysisk magt.....	24
5.3	Indgivelse af beroligende middel med magt .....	25
5.3.1	Patientens tilstand .....	26
5.3.2	Mindstemiddelsprincippet.....	26
5.3.3	Præparat og dosis .....	27
5.4	Personlig skærmning .....	27
6	Folketingets Ombudsmand og domstolene.....	29
7	Læring .....	30
8	Forventninger til fremtiden .....	31
Bilag 1: Sammensætning af Det Psykiatriske Ankenævn i 2022 .....		32
Bilag 2: Forretningsorden for Det Psykiatriske Ankenævn.....		33

# 1 Forord

---

I 2022 har Det Psykiatriske Ankenævn ligesom i de tidligere år behandlet flest sager inden for kategorierne tvangsbehandling og indgivelse af beroligende middel med magt. Derfor er årsberetningens hovedfokus igen i år på disse områder.

For så vidt angår tvangsbehandling afspejler det valgte fokus i årsberetningen de særlige problemstillinger vedrørende motivation, betænkningstid og præparater.

Med hensyn til indgivelse af beroligende middel med magt er det præparatet og sædvanlig dosering af dette, der har været i fokus.

Fælles for begge tvangsindgreb gælder, at ankenævnet i forhold til de nævnte problemstillinger foretager en vurdering af, om dokumentationen i forbindelse med indgrebene er i orden.

I 2022 konstaterede ankenævnet i en række afgørelser, at betingelserne ikke var opfyldt, da der var truffet beslutning om for høje doseringer eller utilstrækkelig betænkningstid.

Ankenævnet har derfor valgt at referere de afgørelser, der bedst beskriver de nævnte problemstillinger på en enkel måde både for at fremme læring og for at sætte fokus på de specifikke problemstillinger. Disse afgørelser er beskrevet i de blå tekstbokse.

Ankenævnet har i år også valgt at inddrage eksempler på afgørelser om polyfarmaci og fysisk magt som accessorisk indgreb ved beroligende middel med magt.

Helt overordnet oplever jeg et meget engageret nævn, som med inddragelse af fagpersoner tager stort ansvar for sagernes behandling i nævnet. Jeg oplever også et meget godt samarbejde med sekretariatet, som på allerbedste måde understøtter nævnets arbejde. Jeg vil derfor takke ankenævnets medlemmer og sekretariatet for det forgangne år.

Jeg ser også frem mod et nyt spændende år for ankenævnet i 2023, hvor vi går ind i en ny beskikkelsesperiode, og hvor jeg forudsiger, at der kan komme en lille udskiftning i nævnet. Jeg vil i den anledning takke Pia Glyngdal, som fratrådte i ankenævnet med udgangen af 2022, for hendes mangeårige, engagerede indsats i nævnet.

God læselyst.

Steen Mejer  
Formand

## 2 Det Psykiatriske Ankenævn

---

### 2.1 Indledning

Den 1. januar 2011 blev Sundhedsvæsenets Patientklagenævnets opgaver, herunder sekretariatsbetjente nævn, overtaget af Patientombuddet. Det Psykiatriske Ankenævn blev pr. 1. januar 2011 oprettet som et selvstændigt nævn.

Patientombuddet blev i 2015 afløst af Styrelsen for Patientsikkerhed, som igen blev afløst af Styrelsen for Patientklager den 1. juli 2018. Pr. 1. juli 2018 er det derfor Styrelsen for Patientklager, der sekretariatsbetjener Det Psykiatriske Ankenævn.

### 2.2 Ankenævnets sammensætning

Det Psykiatriske Ankenævn er et fast udpeget nævn. Det nedsættes af Indenrigs- og sundhedsministeren. Kompetencen er dog delegeret til Styrelsen for Patientklager med virkning fra den 23. januar 2023. Nævnet består af

- en dommer, som er formand
- to medlemmer, der er speciallæger i psykiatri og beskikket efter indstilling fra Lægeforeningen
- to medlemmer beskikket efter indstilling fra Danske Handicaporganisationer.

Det følger af psykiatrilovens § 38 a, stk. 1. Derudover er der udpeget en række stedfortrædere for medlemmerne.

Nævnsmedlemmerne er udnævnt for en fireårig periode. Beskikkelsesperioden løb fra den 1. januar 2019 til den 31. december 2022.

Ankenævnets sammensætning ved udgangen af 2022 fremgår af bilag 1.

### 2.3 Ankenævnets kompetence

Det Psykiatriske Ankenævn er ankeinstans for afgørelser truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Nævnenes Hus. Ankeævnet kan ifølge psykiatrilovens § 38, stk. 1, behandle sager om:

- Tvangsbehandling
- Anvendelse af fysisk magt
- Indgivelse af et beroligende middel med magt
- Personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse
- Personlig skærmning, der uafbrudt varer mere end 24 timer
- Aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland

Det Psykiatriske Patientklagenævnets afgørelser om anden tvang kan indbringes for retten.

Ankenævnet er i sin virksomhed uafhængigt af instruktioner om den enkelte sags behandling og afgørelse, jf. psykiatrilovens § 38, stk. 1, 2. pkt.

## 2.4 Ankenævnets sagsbehandling

Det er et fast team af sagsbehandlere, der forbereder og behandler alle ankesager.

Når Det Psykiatriske Ankenævn afgør sager, tager det stilling til, om betingelserne for at udøve tvang efter psykiatriloven var opfyldt på det tidspunkt, hvor tvangsindgrebet skete. Ankenævnet tager derfor ikke stilling til, om der er grundlag for kritik af den enkelte sundhedsperson i forhold til behandling eller journalføring.

I modsætning til Det Psykiatriske Patientklagenævn holder ankenævnet sine møder uden, at sagens parter deltager. Behandlingen sker udelukkende på et skriftligt grundlag. Dette medfører, at ankenævnet er afhængigt af, hvad der er dokumenteret i patientjournalen og sagsakterne i relation til det påklagede tvangsindgreb, når det i hver enkelt sag vurderer, om det kan lægges til grund, at lovens betingelser er opfyldt.

Ankenævnet er et kollegialt organ, hvor kun formanden har en særlig status. Afgørelser træffes derfor ved stemmeflerhed. Et eventuelt mindretal kan afgive en mindretalsudtalelse, som vil fremgå af afgørelsen. I langt de fleste sager er det dog et enigt ankenævn, der afgør sagerne.

Forvaltningslovens regler om inhabilitet gælder for alle nævnsmedlemmerne, ligesom der i forretningsordenen for Det Psykiatriske Ankenævn er opstillet regler om inhabilitet. Nævnsmedlemmerne er desuden underlagt tavshedspligt.

De nærmere regler vedrørende Det Psykiatriske Ankenævn er beskrevet i bekendtgørelse om forretningsordenen for Det Psykiatriske Ankenævn.

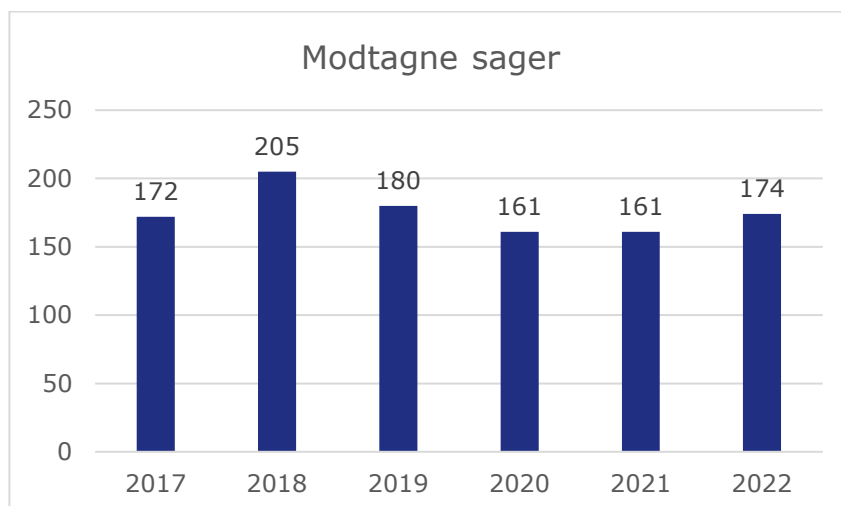
Forretningsordenen kan findes her:

<https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/1076>

## 3 Nøgletal

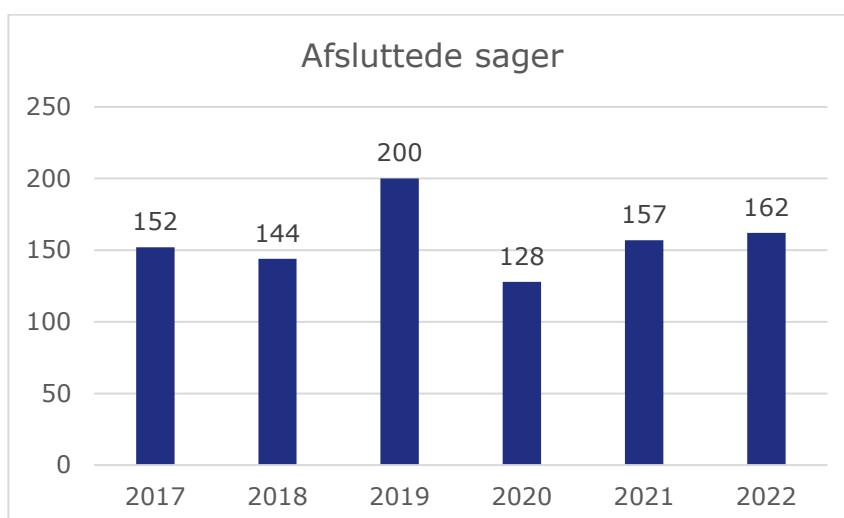
### 3.1 Modtagne sager

I 2022 modtog Det Psykiatriske Ankenævn 174 klager over afgørelser truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn. Ankenævnet modtog færre klager i 2021 og 2020, men modtog de foregående år lidt flere klager.



### 3.2 Afsluttede sager

Ankenævnet afholdt seks møder og afgjorde 162 sager i 2022. Derudover blev 16 sager afsluttet på en anden måde – primært fordi klager trak sin klage tilbage. Sagerne er modtaget i både 2021 og 2022, ligesom ankenævnet ved årsskiftet til 2023 forsat behandler en række sager, der blev modtaget i 2022.



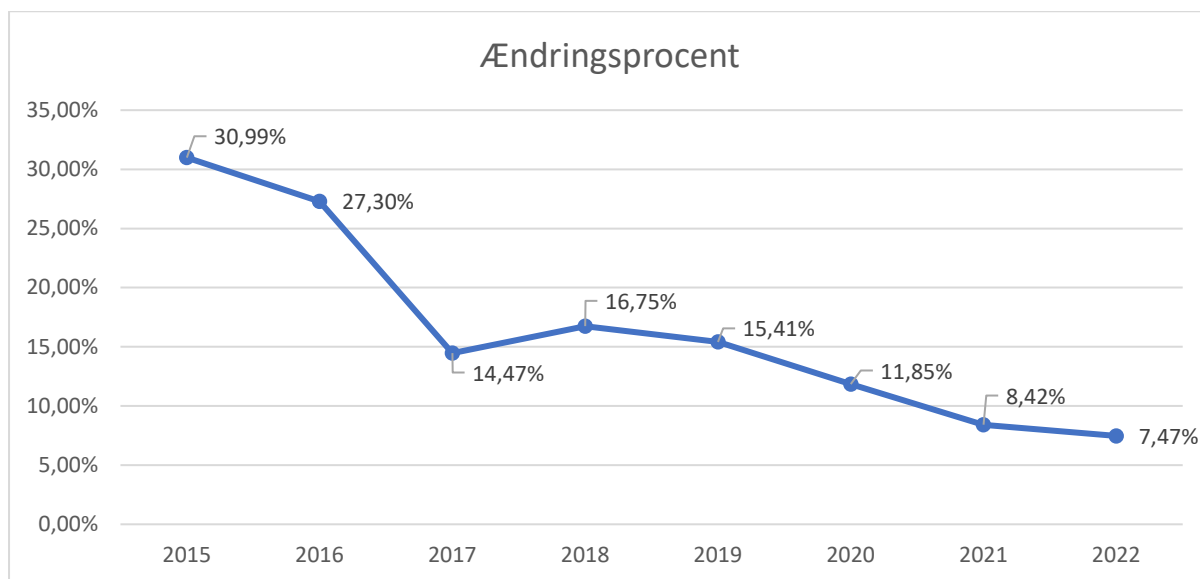


### 3.3 Ændringsprocent

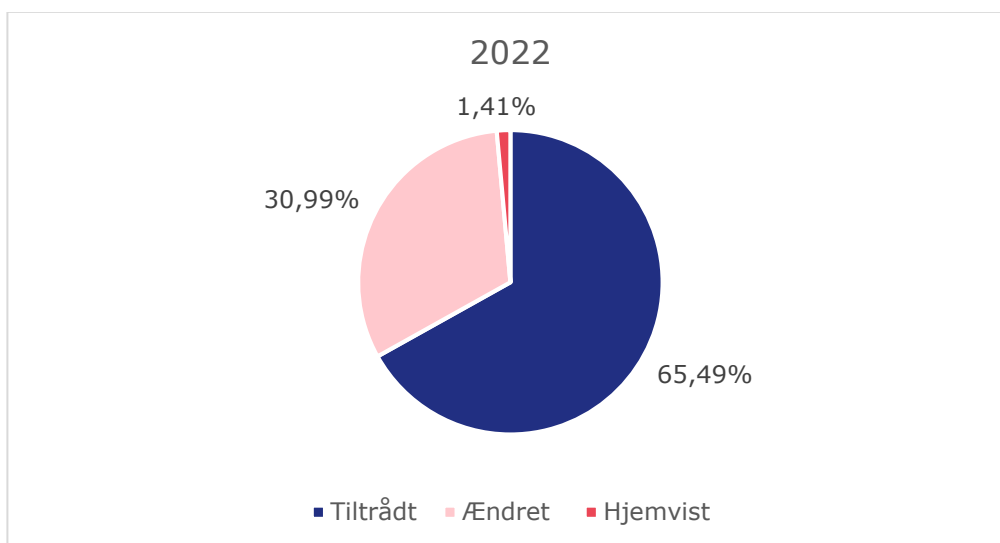
I den enkelte sag kan der være klaget over flere tvangsindgreb. I de 162 sager, der blev afgjort af ankenævnet i 2022, tog ankenævnet stilling til i alt 241 tvangsindgreb.

I 2022 afviste ankenævnet desuden at genoptage én afgørelse til fornyet behandling og afviste at tage stilling til to klager, fordi de faldt uden for ankenævnets kompetenceområde.

Ankenævnet ændrede i 18 tilfælde Det Psykiatriske Patientklagenævnets afgørelse, hvilket svarer til en ændringsprocent på 7,47 %. Til sammenligning var ændringsprocenten i 2021 8,42 %. Ændringsprocenten er dermed faldet lidt i forhold til sidste år.

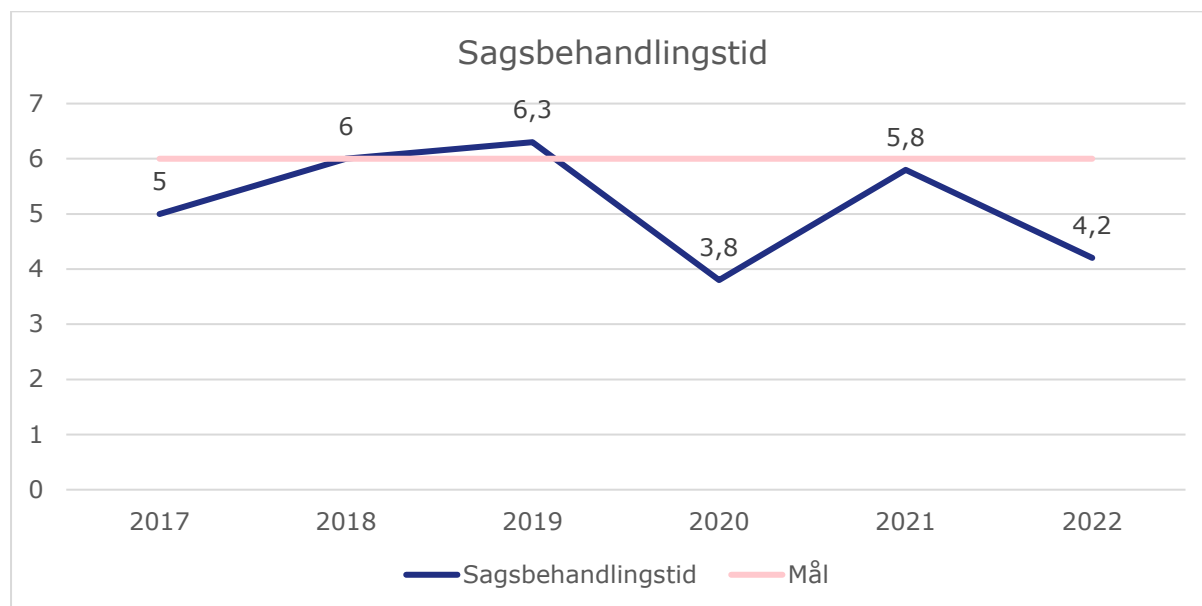


Herudover hjemviste ankenævnet afgørelsen i fire tilfælde. I 2022 har ankenævnet ikke ophævet nogle afgørelser. Det betyder, at ankenævnet tiltrådte Det Psykiatriske Patientklagenævnets afgørelse i 219 tilfælde, hvilket svarer til 90,87 % af alle tvangsindgreb.



### 3.4 Sagsbehandlingstid

Målet er, at den samlede gennemsnitlige sagsbehandlingstid i Det Psykiatriske Ankenævn ikke overstiger seks måneder. Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid var i 2022 4,2 måneder, hvilket svarer til ca. 55 dage under målsætningen på de seks måneder.



## 4 Sagsgang

---

### 4.1 Formelle regler

Når Det Psykiatriske Ankenævn modtager en sag, tager sekretariatets sagsbehandlere stilling til, om klagen er indgivet af en klageberettiget, om klagen er indgivet rettidigt, og om forholdet er omfattet af ankenævnets kompetence.

#### 4.1.1 Klageberettigede

Klageberettigede er enhver med retlig interesse, jf. forretningsordenen for Det Psykiatriske Ankenævn § 3, stk. 1. Både patienten og sygehusmyndigheden kan – helt eller delvist – indbringe Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse for Det Psykiatriske Ankenævn.

I praksis indgiver patienten eller patientens patientrådgiver eller bistandsværge de fleste klager. Klagen indgives i de fleste tilfælde via Det Psykiatriske Patientklagenævn.

#### 4.1.2 Klagefrist

En klage til Det Psykiatriske Ankenævn skal være indgivet senest tre måneder efter, at klageren har fået meddelelse om Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse. Ankenævnet kan dog se bort fra en overskridelse af klagefristen, når særlige grunde taler herfor, jf. Psykiatrilovens § 38, stk. 2.

I praksis vurderer ankenævnet, at fristen løber fra det tidspunkt, hvor klager har modtaget afgørelsen fra Det Psykiatriske Patientklagenævn.

**AFVIST:** Det Psykiatriske Ankenævn kunne ikke dispensere fra fristoverskridelsen af en klage på baggrund af oplysningen om, at patienten havde fået kendskab til en afgørelse i en anden sag efter klagefristens udløb. (2022-4200)

En patient indsendte den 4. april 2022 en klage over en afgørelse truffet af Det Psykiatriske Patientklagenævn den 16. oktober 2020. Det Psykiatriske Ankenævn afviste at behandle klagen, idet klagen var indgivet efter udløbet af klagefristen.

Ankenævnet lagde i afgørelsen vægt på, at patienten havde fået meddelelse om afgørelsen den 16. oktober 2020, hvor patienten havde modtaget Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse i sin e-Boks. Da klagefristen udløb den 18. januar 2021, vurderede ankenævnet dermed, at fristen for at klage var væsentligt overskredet.

Patienten anførte i sin klage, at hun i tiden efter klagefristens udløb var blevet bekendt med en afgørelse i en sag, hvor Sundhedsministeriet havde indgået et forlig med en patient. Patienten henviste tilmed til reglerne om forældelse i forældelsesloven. Ankenævnet vurderede, at patientens begrundelse, for at klagen først var blevet sendt efter udløbet af klagefristen, ikke udgjorde sådanne særlige omstændigheder, at der kunne ses bort fra overskridelsen af klagefristen.

#### 4.1.3 Ankenævnets kompetence

Hvis Det Psykiatriske Ankenævn modtager en klage over et forhold, der falder uden for ankenævnets kompetence, afviser ankenævnet at behandle sagen og henviser i stedet klager til den rette myndighed.

**TILTRÅDT: Det Psykiatriske Patientklagenævn og Det Psykiatriske Ankenævn har ikke kompetence til at behandle klager over behandling, der ikke foregår med tvang. (2022-8055)**

En patient havde klaget til Det Psykiatriske Patientklagenævn over medicinsk tvangsbehandling. Det Psykiatriske Patientklagenævn afviste at behandle klagen, idet nævnet ikke fandt dokumentation for, at patienten havde været udsat for tvangsbehandling.

Ankenævnet vurderede, at hverken Det Psykiatriske Patientklagenævn eller Det Psykiatriske Ankenævn havde kompetence til at behandle klagen, idet der ikke var tale om tvang i psykiatrilovens forstand. Der blev ved vurderingen lagt vægt på, at det ikke fremgik af journalen, at patienten modtog tvangsbehandling under indlæggelse på psykiatrisk afdeling.

Det fremgik af journalen, at patienten i forbindelse med en lægesamtale havde givet udtryk for at ville opstarte den medicinske behandling, og at patienten straks efter lægesamtalen modtog den medicinske behandling med administration hver anden uge. Derudover fremgik det af journalen, at patienten modtog sin medicin uden problemer. Yderligere fremgik det ikke af journalen, at patienten var blevet motiveret for, eller at der var truffet beslutning om tvangsbehandling, ligesom det ikke fremgik af journalen, at patienten ønskede behandlingen noteret som tvangsbehandling.

**TILTRÅDT: Skærmning til egen stue uden overvågning af personale udgjorde ikke en personlig skærmning i psykiatrilovens forstand. (2021-11893)**

En patient havde klaget til Det Psykiatriske Patientklagenævn over blandt andet en personlig skærmning foretaget i forbindelse med indlæggelse på en psykiatrisk afdeling. Det Psykiatriske Patientklagenævn afviste at behandle denne del af klagen, idet nævnet på baggrund af patientens journal ikke fandt dokumentation for, at patienten havde været udsat for personlig skærmning i psykiatrilovens forstand.

Ankenævnet var enig med Det Psykiatriske Patientklagenævn i, at der ikke var tale om personlig skærmning, der uafbrudt varede mere end 24 timer, hvorfor Det Psykiatriske Patientklagenævn og Det Psykiatriske Ankenævn ikke havde kompetence til at behandle klagepunktet.

Herved lagde ankenævnet vægt på, at man på afdelingen havde forsøgt at skærme patienten, hvilket var blevet afbrudt af patienten. Det fremgik desuden ikke af journalmaterialet, at patienten havde været overvåget af personalet, men derimod alene, at patienten var blevet skærmet til egen stue. Ankenævnet bemærkede tilmed, at der ikke var udfyldt en tvangsprotokol vedrørende personlig skærmning under indlæggelsen.

## 4.2 Sekretariatets forberedelse af sagen

Det Psykiatriske Patientklagenævn videresender klagen og det materiale, der lå til grund for patientklagenævnets afgørelse, til sekretariatet for Det Psykiatriske Ankenævn. Sekretariatets sagsbehandlere vurderer herefter, om der er behov for at indhente yderligere materiale. Når sekretariatet vurderer sagen tilstrækkeligt oplyst, høres sagens parter over eventuelt nyt materiale, de ikke allerede er bekendt med, og som er til ugunst for den pågældende part.

Efter partshøringen udarbejder sagsbehandleren sundhedsfaglige spørgsmål af relevans for vurdering af sagen, som sendes til en sagkyndig læge med speciale i psykiatri. Den sagkyndige lægekonsulent vurderer sagen på baggrund af sagens materiale og spørgsmålene fra sagsbehandleren.

Sagsbehandleren skriver med udgangspunkt i vurderingen fra den sagkyndige lægekonsulent et udkast til afgørelsen, som forelægges ankenævnet.

## 4.3 Afgørelsen

Det Psykiatriske Ankenævns kompetence følger af Det Psykiatriske Patientklagenævns kompetence. Det betyder, at ankenævnet kun kan tage stilling til forhold, som Det Psykiatriske Patientklagenævn allerede har taget stilling til i sin afgørelse.

Ankenævnet foretager en fuld prøvelse af Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser, herunder:

- Faktum, som er alle objektive oplysninger i sagen.
- Bevisafvejningen, som er en fastlæggelse af hvilket faktum, der kan lægges til grund i den konkrete sag.
- Regelfortolkningen, som er at identificere hvilke regler, der finder anvendelse, samt fastslå, hvordan reglerne skal forstås.
- Regelanvendelsen, som er, hvordan reglerne anvendes i det konkrete tilfælde.

Ankenævnets afgørelser indeholder derfor altid en selvstændig begrundelse.

Ankenævnet tager i praksis ikke stilling til samtlige forhold i afgørelsen fra Det Psykiatriske Patientklagenævn, hvis det kun er nødvendigt at tage stilling til dele af afgørelsen. Ankenævnet tager eksempelvis ikke stilling til, om en klage burde være tillagt opsættende virkning, hvis ankenævnet finder, at patienten ikke var tilstrækkeligt motiveret for frivillig behandling, eller at man havde truffet beslutning om tvangsbehandling med en for høj dosis.

Der er fire mulige udfald for en sag i Det Psykiatriske Ankenævn. Ankenævnet kan tiltræde, ændre, hjemvise eller ophæve Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

### **Tiltrædelse**

Når ankenævnet tiltræder en afgørelse, betyder det, at ankenævnet er enig i Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

### **Ændring**

Hvis ankenævnet ændrer en afgørelse, betyder det, at Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse annulleres, og at der træffes en ny afgørelse, som træder i stedet for den oprindelige afgørelse.

### **Hjemvisning**

En hjemvisning af en afgørelse indebærer, at Det Psykiatriske Patientklagenævn skal behandle sagen igen og træffe en ny afgørelse. Ankenævnet hjemviser en sag til fornyet behandling, hvis Det Psykiatriske Patientklagenævn har afgjort sagen på et utilstrækkeligt eller forkert faktisk eller retligt grundlag. Ankenævnet hjemviser også sagen, hvis Det Psykiatriske Patientklagenævn har begået en væsentlig sagsbehandlingsfejl. Hvis der er tale om rent formelle fejl som eksempelvis en skrivefejl, vil ankenævnet som udgangspunkt rette fejlen i sin afgørelse.

### **Ophævelse**

Når ankenævnet ophæver en afgørelse, betyder det, at Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse træder ud af kraft, uden at der træffes en ny afgørelse, som træder i stedet for den oprindelige. Ankenævnet ophæver en afgørelse, hvis Det

Psykiatriske Patientklagenævn ikke havde kompetence til at træffe afgørelsen. Det er eksempelvis tilfældet, hvis indgrebet ikke er reguleret i psykiatriloven.

Når ankenævnet afgør en sag, vurderer det samtidig, om afgørelsen skal offentliggøres i anonymiseret form på Styrelsen for Patientklagers hjemmeside ([www.stpk.dk](http://www.stpk.dk)) med henblik på læring.

Sagsbehandlingen afsluttes med, at ankenævnets afgørelse sendes til patienten, behandlingsstedet, den pågældende region, Det Psykiatriske Patientklagenævn og Styrelsen for Patientsikkerhed.

## 4.4 Genoptagelse

Det Psykiatriske Ankenævns afgørelser ikke kan indbringes for en anden administrativ myndighed. Det fremgår af psykiatrilovens § 38, stk. 3. Ankenævnets afgørelser kan imidlertid indbringes for domstolene efter de almindelige regler, jf. grundlovens § 63. Der er i 2022 ikke indbragt nogen af ankenævnets afgørelser for domstolene.

Hvis ankenævnet modtager en genoptagelsesansøgning i en sag, kan sagen tages op til fornyet behandling, hvis ankenævnet finder grundlag for det. Det fremgår af § 14, stk. 3, i forretningsordenen for Det Psykiatriske Ankenævn.

Ankenævnet kan genoptage en sag, hvis der i forhold til den oprindelige behandling af sagen er kommet nye og væsentlige oplysninger, som måske kan føre til en ændret bedømmelse af sagen. Der skal være tale om nye oplysninger, som ikke allerede forelå i udtalelser, journalnotater eller andre af sagens akter, da sagen blev afgjort. De nye oplysninger skal også være så væsentlige, at de måske kan føre til et andet resultat. En sag kan desuden blive genoptaget, hvis der er konstateret væsentlige fejl i sagsbehandlingen.

## 5 Afgørelser

---

I dette afsnit opsummeres praksis for Det Psykiatriske Ankenævn. Løbende suppleres praksis med et resumé af en række afgørelser truffet af ankenævnet i 2022. Afgørelserne er udvalgt på baggrund af de særlige problemstillinger, som ankenævnet har behandlet i 2022.

Afgørelserne er inddelt i fire overordnede emner:

- Tvangsbehandling
- Anvendelse af fysisk magt
- Indgivelse af beroligende middel med magt
- Personlig skærmning.

### 5.1 Tvangsbehandling

Behandling på en psykiatrisk afdeling skal så vidt muligt finde sted med patientens informerede samtykke. Det fremgår af § 3 i psykiatriloven.

Psykiatrilovens § 1, stk. 1, henviser til sundhedslovens kapitel 5 om informeret samtykke. Informeret samtykke er et samtykke fra patienten, der er givet på grundlag af fyldestgørende information fra en sundhedsperson. Det fremgår af sundhedsloven § 15, stk. 3, i lovens kapitel 5. Patienten skal blandt andet informeres om sine behandlingsmuligheder, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger. Det fremgår af § 16 i samme lov. Patienten skal løbende informeres om sin sygdom og den påtænkte behandling heraf. Informationen skal desuden være forståelig for patienten.

Det kan være nødvendigt at beslutte at tvangsbehandle patienten, hvis det ikke er muligt at få patientens informerede samtykke. I så fald er der en række betingelser, der skal være opfyldte.

Som udgangspunkt vil Det Psykiatriske Ankenævn tage stilling til, om betingelserne for tvangsbehandling er opfyldte ud fra følgende kriterier:

- Er patienten sindssyg eller i en tilstand, der ganske kan ligestilles hermed?
- Vil det være uforsvarligt ikke at tvangsbehandle den pågældende, da udsigten til patientens helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring i tilstanden ellers ville blive væsentligt forringet?
- Er der tale om det mindst indgribende middel?
- Har patienten haft en passende betænkningstid?
- Er patienten motiveret kontinuerligt og ensartet i overensstemmelse med beslutningen om tvangsbehandling?
- Har patienten haft mulighed for at drøfte spørgsmålet om behandling med sin patientrådgiver?

- Er der tale om afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger?
- Er patienten informeret om både det primære og det subsidiære præparat, inden beslutningen om tvangsbehandling blev truffet?
- Blev klagen tillagt opsættende virkning?

Som tidligere nævnt tager Det Psykiatriske Ankenævn i praksis ikke stilling til samtlige betingelser, hvis det kun er nødvendigt at forholde sig til dele af afgørelsen fra Det Psykiatriske Patientklagenævn.

### 5.1.1 Patientens tilstand

Tvangsbehandling kun må finde sted i følgende tilfælde:

- 1) Hvis patienten er sindssyg eller befinder sig i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed og
- 2) Det vil være uforsvarligt ikke at tvangsbehandle den pågældende, fordi:
  - a. Udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentlig forringe eller
  - b. Den pågældende frembyder en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre.

Det fremgår af psykiatrilovens § 12, stk. 1, jf. § 10, stk. 1, jf. § 5.

Det første, Det Psykiatriske Ankenævn tager stilling til i forbindelse med afgørelsen af, hvorvidt tvangsbehandlingen kan godkendes eller ikke kan godkendes, er, om patienten på behandlingstidspunktet var sindssyg eller befandt sig i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed.

Ankenævnet tager derefter stilling til, om det ville være uforsvarligt ikke at tvangsbehandle den pågældende.

#### ÆNDRING: Manglede dokumentation for psykotisk tilstand. (2022-3913)

I afgørelsen lagde ankenævnet vægt på, at det fremgik af journalen, at patienten var blevet indlagt ved dom, idet han ikke ønskede at modtage sin medicinske behandling, samt at det var velkendt, at patienten blev personfarlig, når han ikke var velbehandlet medicinsk. Ankenævnet fandt imidlertid, at det ikke fremgik af journalmaterialet, at patienten var sindssyg eller befandt sig i en tilstand, der ganske måtte ligestilles hermed, på det tidspunkt, hvor der blev truffet beslutning om tvangsbehandling.

### 5.1.2 Mindstemiddelsprincippet

Anvendelse af tvang skal stå i rimeligt forhold til det, som søges opnået herved. Er mindre indgribende foranstaltninger tilstrækkelige, skal disse anvendes. Det fremgår af psykiatrilovens § 4, stk. 2.



Mindstemiddelsprincippet indebærer, at ankenævnet som udgangspunkt betragter tvangsbehandling med injektion som et mere indgribende middel end tabletbehandling, og at depotpræparater er det mest indgribende middel.

### 5.1.2.1 Depotbehandling

Det fremgår af § 5 i bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger, at depotpræparater i videst muligt omfang bør undgås og ikke må være begyndelsesbehandling, når patienter tvangsmedicineres, hvis man ikke kender deres reaktion på behandlingen.

Det er ankenævnets praksis, at behandling med depotmedicin som udgangspunkt anses for at være den mest indgribende administrationsform, og der skal således være særlige grunde til stede for at vælge et depotpræparat i forbindelse med tvangsbehandling.

Særlige grunde kan eksempelvis være, at patienten tidligere har haft gentagne tilfælde af medicinsvigt, og at det ikke har været muligt at etablere en fast tabletbehandling. Den særlige begrundelse skal være konkret og skal journalføres.

#### **AENDRET: Godkendelse af beslutning om tvangsbehandling med depotpræparat trods forudgående frivillig tabletbehandling. (2022-9587)**

Der blev truffet beslutning om tvangsbehandling med depotinjektion Abilify 400 mg hver fjerde uge.

Ankenævnet fandt ud fra en konkret vurdering, at Abilify i depotform opfyldte kravet om mindst indgribende behandlingsform på det tidspunkt, hvor beslutningen om tvangsbehandling blev truffet.

Ankenævnet lagde herved vægt på, at det fremgik af journalen, at den mandlige patient havde gentagne tilfælde af medicinsvigt, der i løbet af 2022 havde ført til seks indlæggelser. Desuden var han uden sygdomsindsigt og havde forud for og under indlæggelsen haft seksualiserende og grænseoverskridende adfærd over for kvinder. Det forhold, at han var i frivillig behandling med tablet Abilify 30 mg, kunne efter ankenævnets opfattelse ikke føre til et andet resultat.

Konkret var det således ankenævnets vurdering, at behandling med depotmedicin kunne reducere antallet af fremtidige indlæggelser, ligesom patienten ville undgå den daglige overvejelse om, hvorvidt han skulle tage den perorale medicin.

### 5.1.2.2 Polyfarmaci

Der er ikke evidens for, at samtidig behandling med flere antipsykotiske lægemidler (polyfarmaci) medfører bedre effekt. Derimod kan polyfarmaci medføre flere bivirkninger. Det fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9276 af 6. maj 2014 om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykotiske lidelser.

Monoterapi med Clozapin skal derfor altid forsøges inden polyfarmaci, hvis der ikke er kontraindikationer. Polyfarmaci kan i enkelte og konkrete tilfælde være relevant til behandling af patienter, som ikke tåler Clozapin, hvor Clozapin ikke har haft den ønskede effekt, eller hvor der har været uacceptable bivirkninger til den hidtidige behandling.

Det fremgår endelig af vejledningen i relation til patienter med kendt skizofreni og gentagne psykoser (afsnit 5.2), at efter den akutte fase kan patienten som oftest med fordel fortsætte behandlingen med det præparat, som viste sig effektivt i den akutte fase, og hvor der ikke forekom uacceptable bivirkninger.

**TILTRÅDT: Godkendelse af beslutning om tvangsbehandling med samtidig behandling med flere antipsykotiske lægemidler. (2022-10920)**

Der blev truffet beslutning om tvangsbehandling med smeltetablet Olanzapin 20 mg og oraldråber Cisordinol 20 mg, subsidiært injektion Zyprexa 10 mg højst tre døgn i træk efterfulgt af én dags pause.

Ankenævnet fandt, at det var i overensstemmelse med mindstemiddelsprincippet at træffe beslutning om tvangsbehandling med Olanzapin og Cisordinol i kombination.

Herved lagde ankenævnet vægt på, at det blev vurderet som værende urealistisk, at den kvindelige patient kunne samarbejde i det omfang, som en behandling med Clozapin forudsætter. Endvidere var der tale om hendes sædvanlige medicin, som hun ifølge afdelingens erfaring tålte godt uden væsentlige bivirkninger.

Ankenævnet fandt herefter, at tvangsbehandlingen opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler med færrest mulige bivirkninger.

Imidlertid fandt ankenævnet, at den besluttede initialdosis gik ud over det, der på pro.medicin.dk er angivet som sædvanlig dosering. Ankenævnet lagde vægt på, at den besluttede initialdosis med 20 mg Olanzapin ikke er sædvanlig dosis, idet det fremgår af promedicin.dk, at sædvanlig initialdosis er 5-10 mg.

Det var dog ankenævnets opfattelse, at det af journalen konkret fremgik med hvilken begrundelse, der blev ordineret en initialdosis, der gik ud over den på pro.medicin.dk angivne sædvanlige dosis. Ankenævnet lagde vægt på, at man begrundede den usædvanlige dosis med, at den besluttede dosis var patientens vanlige medicin, som hun havde taget i mange år, og som hun tålte uden væsentlige bivirkninger.

Ankenævnet fandt herefter ud fra en konkret vurdering, at den besluttede dosis var sædvanlig, idet det var overlægens vurdering, at det var nødvendigt og forsvarligt at behandle hende med 20 mg Olanzapin.

**5.1.2.3 Successive behandlingssæt**

Det er ankenævnets praksis, at det som udgangspunkt ikke vurderes at være i overensstemmelse med mindstemiddelsprincippet, at der træffes beslutning om flere på hinanden følgende tvangsbehandlinger på samme tidspunkt. Det skyldes, at patienten ved denne fremgangsmåde fratages muligheden for under indflydelse af den indledende behandling at forholde sig til spørgsmålet om den efterfølgende behandling. Konkrete omstændigheder kan imidlertid føre til, at en beslutning om tvangsbehandling med et successivt behandlingssæt vurderes at være i overensstemmelse med mindstemiddelsprincippet.

**TILTRÅDT: Beslutning om tvangsbehandling med successive behandlingsæt blev godkendt. (2022-3374)**

Der blev truffet beslutning om tvangsbehandling med oraldråber Cisordinol 20 mg dagligt afhængig af effekt og bivirkninger stigende til højst 40 mg dagligt med en justering på 10-20 mg hver anden til tredje dag indtil opnåelse af 40 mg, subsidiært injektion aripiprazol 9,75 mg én gang dagligt og efter opnåelse af tilstrækkelig effekt overgang til depotinjektion Cisordinol 100 mg stigende til højst 400 mg hver anden uge, hvor dosering gives otte gange den daglige dosis med oraldråber Cisordinol og med fortsættelse af oraldråber Cisordinol i den første uge efter iværksættelse af depotinjektion Cisordinol med en gradvis mindre dosering.

Ankenævnet fandt ud fra en konkret vurdering, at depotinjektion Cisordinol opfyldte kravet om mindst indgribende behandlingsform på det tidspunkt, hvor beslutningen om tvangsbehandling blev truffet.

Ankenævnet lagde i den forbindelse lagt vægt på, at det fremgik af journalen, at den kvindelige patient de seneste fire år havde været indlagt 24 gange grundet medicinsvigt, hvor hun hurtigt blev dårlig. Det havde desuden ikke været muligt at etablere tabletbehandling, idet hun ikke indtog tabletterne.

Ankenævnet fandt, at det som udgangspunkt ikke er i overensstemmelse med mindstemiddelprincippet, at der træffes beslutning om flere på hinanden følgende tvangsbehandlinger på samme tidspunkt. Det skyldes, at patienten ved denne fremgangsmåde fratages muligheden for under indflydelse af den indledende behandling at forholde sig til spørgsmålet om den efterfølgende behandling.

Det var imidlertid ankenævnets opfattelse, at beslutningen om indledningsvist at tvangsbehandle med tablet eller injektion må betragtes som et accessorisk middel til gennemførelsen af den besluttede depotbehandling.

Der blev lagt vægt på, at patienten var i frivillig behandling med oraldråber Cisordinol 20 mg, og at det var nødvendigt at starte med oraldråber for at opnå tilstrækkelig effekt af depotinjektion Cisordinol. Videre lagde ankenævnet lagt vægt på, at de tilbagevendende problemer med, at hun ikke accepterede behovet for vedvarende behandling med antipsykotisk medicin medførte en forringelse af hendes psykiske helbred. På baggrund af de tilbagevendende problemer med medicinsvigt vurderede ankenævnet, at en erkendelse af behovet for medicin ikke vil indfinde sig hos patienten efter stabilisering på oraldråber Cisordinol. Endvidere vurderedes det, at hun ville få en kortere indlæggelse, hvor slutresultatet formentlig under alle omstændigheder ville blive opstart af depotbehandling.

Ankenævnet fandt således, at det var udtryk for mindste middel at ordinere overgang til depotinjektion Cisordinol efter stabilisering på oraldråber Cisordinol.

### 5.1.3 Betænkningstid

Patienten skal forud for overlægens beslutning om tvangsbehandling have en passende betænkningstid, hvor patienten får lejlighed til at overveje sit eventuelle samtykke til behandlingen. Det fremgår af psykiatrilovens § 12, stk. 5.

Overlægen skal i sin vurdering af betænkningstidens varighed blandt andet lægge vægt på sygdommens alvorlighed og varighed, patientens ambivalens i forhold til behandlingstilbuddet, om den manglende medicinering vil kunne medføre anvendelse af andre former for tvang samt patientens forpinthed m.v. Det fremgår af § 3, stk. 3, i bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger. Patienten skal have en passende betænkningstid, hvor patienten får lejlighed til at overveje sit samtykke, men patienten har dog højst krav på tre dages betænkningstid. Det fremgår af § 3, stk. 2, i samme bekendtgørelse.

Betænkningstiden kan dog være kortere eller længere end tre døgn, hvis konkrete omstændigheder taler herfor. Ved vurderingen heraf kan indgå en række omstændigheder, herunder sygdommens alvorlighed, og om manglende medicinering eventuelt vil kunne føre til anvendelse af andre former for tvang.

**TILTRÅDT: Godkendelse af tvangsbehandling uden forudgående betænkningstid, idet ankenævnet fandt, at der forelå en akut situation, hvor udsættelse af behandlingen ville være til fare for patientens liv eller helbred. (2022-9468)**

Der blev truffet beslutning om tvangsbehandling med smeltetablet Olanzapin 5 mg stigende afhængigt af effekt og bivirkninger til højst 20 mg dagligt, subsidiært injektion Serenase 5 mg stigende afhængigt af effekt og bivirkninger til højst 20 mg dagligt.

Ankenævnet vurderede, at der forelå en akut situation, hvor udsættelse af behandlingen ville være til fare for den mandlige patients liv eller helbred. Herved blev der lagt vægt på, at han var meget dårlig, og at man som følge af hans tilstand måtte lægge ham i bælte inklusive hånd- og fodremme. Udover hans psykiske tilstand var han i en overordentlig stor risiko for at udvikle dybe blodpropper, som kunne være livstruende, hvis han var nødt til at ligge fastspændt i adskillige dage. Der forelå derfor en betydelig akut situation, som betød, at udsættelse af behandlingen var særdeles risikofyldt og livsfarlig.

Som følge af den akutte situation vurderede ankenævnet således, at omgående gennemførelse af behandlingen var nødvendig.

Betænkningstiden afbrydes, hvis ikke patienten dagligt motiveres relevant op til beslutningen om tvangsbehandling. Så skal motivationen starte forfra. Hvis det ikke er dokumenteret i journalen, at der har fundet en tilstrækkelig motivation sted, indgår det i ankenævnets vurdering af, om der er givet en tilstrækkelig betænkningstid.

**ÆNDRET: En betænkningstid på lige under et døgn var utilstrækkelig. (2021-12493)**

En mandlig patient blev motiveret for medicinsk behandling i perioden fra den 23. september 2021 kl. 10.40 til den 24. september 2021 kl. 10 blev truffet beslutning om tvangsbehandling med injektion Cisordinol Depot 400 mg hver 14. dag.

Ankenævnet fandt grundlag for at tilsidesætte overlægens skøn om, at en betænkningstid på 23 timer og 20 minutter var passende for patienten henset til hans tilstand. Herved lagde ankenævnet vægt på, at der ikke i journalen fremgik oplysninger om, at han var i en akut tilstand.

Ankenævnet var opmærksom på, at det fremgik af sagens oplysninger, at patienten den 24. september 2021 kl. 10 afviste, at yderligere motivation ville bringe ham til en anden holdning til behandlingen. Endvidere var nævnet opmærksom på, at der ikke var tale om en ny behandling, men videreførelse af tidligere behandling, og at man vurderede det uhensigtsmæssigt med længere motivationsfase.

Det var dog ankenævnets vurdering, at dette ikke var tilstrækkeligt til at medføre, at en betænkningstid på 23 timer og 20 minutter var tilstrækkelig. I vurderingen blev det tillagt vægt, at der ikke fremgik oplysninger i journalen om, hvorvidt patienten havde haft mulighed for at drøfte forholdet med en patientrådgiver i betænkningstiden.

Betænkningstiden løber fra det tidspunkt, hvor patienten modsætter sig et konkret behandlingstilbud. Hvis en patient har modtaget sin medicin frivilligt, men senere modsætter sig behandlingen, medregnes "den frivillige periode" således efter nævnets praksis ikke i betænkningstiden. I sådanne tilfælde regnes betænkningstiden først fra det tidspunkt, hvor det af journalen fremgår, at patienten på ny har modsat sig behandlingen.

**TILTRÅDT: Tvangsbehandling blev godkendt, idet betænkningstiden ikke var afbrudt på trods af frivillig indtagelse af medicin. (2022-7147)**

Det fremgik af journalen, at en mandlig patient indtog medicinen frivilligt i forbindelse med motivationssamtalen den 16. og 18. maj 2022. Videre fremgik det, at han i forbindelse med tidligere påbegyndt motivation den 27. april 2022 og den 12. maj 2022 havde indtaget medicinen frivilligt, hvorved motivationsperioden blev afbrudt og måtte påbegyndes på ny.

Ankenævnet bemærkede, at der sås et tilbagevendende mønster med frivillig indtagelse af medicinen i motivationsperioden, hvorved denne blev afbrudt og igen måtte iværksættes. På den baggrund fandt ankenævnet, at den frivillige indtagelse af medicinen ikke kunne føre til afbrydelse af motivationsperioden.

**5.1.4 Indhold af motivationen**

Tvangsmedicinering forudsætter, at vedvarende forsøg er gjort på at forklare patienten behandlingens nødvendighed bortset fra akutte situationer, hvor udsættelse af behandlingen er til fare for patientens liv eller helbred. Det fremgår af § 3, stk. 1, i bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger. Patienten skal i betænkningstiden dagligt tilbydes medicin til frivillig indtagelse, og den forsøgte motivation skal journalføres. Det fremgår af § 3, stk. 5, i samme bekendtgørelse.

Det er ankenævnets praksis, at patienten i betænkningstiden skal tilbydes en konkret behandling, herunder et eventuelt dosisinterval, således at patienten har mulighed for at overveje sit samtykke til behandlingen. Tvangsbehandlingen skal som udgangspunkt iværksættes med det præparat og den dosis, som patienten er motiveret for. Det skal fremgå af journalen, at der er motiveret for hele dosisintervallet.

Motivationen har stor betydning for, om ankenævnet kan godkende en beslutning om tvangsbehandling. Hensigten med motivationen er, at patienten selv skal have mulighed for at tage stilling til, om han eller hun vil tage imod behandlingen frivilligt. Det skal således være klart for patienten, hvilken behandling der tilbydes, og patienten skal have tilstrækkelig mulighed for at overveje sit eventuelle samtykke til behandlingen.

Det indgår i ankenævnets vurdering af, om der er givet en tilstrækkelig betænkningstid, hvis det ikke er dokumenteret i journalen, at der har fundet en tilstrækkelig motivation sted.

Hvis der er uoverensstemmelser i motivationen, foretager ankenævnet en konkret bevisafvejning. Ankenævnet behandler sager på skriftligt grundlag og er derfor afhængig af, hvad der står i journalen.

Patienten skal være motiveret for hele indholdet af den primære tvangsbehandling. Det er ikke et krav, at patienten kontinuerligt er motiveret for den sekundære behandling, men patienten skal dog informeres om denne i motivationsperioden.

**TILTRÅDT: Tvangsbehandling blev underkendt, idet patienten som følge af manglende forståelse af motivationssamtalernes indhold ikke havde haft en reel betænkningstid. (2021-12511)**

En patient blev motiveret for medicinsk behandling i perioden fra den 17. september 2021 til den 20. september 2021.

Ankenævnet fandt ud fra en konkret vurdering, at patienten ikke havde haft en passende betænkningstid til at overveje sit samtykke til behandlingen.

Der blev ved vurderingen lagt vægt på, at patienten var af irakisk oprindelse og uden bopæl i Danmark, samt at det ikke fremgik af journalen, at der havde været en tolk til stede i forbindelse med motivationssamtalerne. Derudover blev der lagt vægt på, at patientens patientrådgiver ved mødet i Det Psykiatriske Patientklagenævn havde oplyst, at der var en sprogbarriere i kommunikationen mellem dem.

### 5.1.5 Overlægegodkendelse

Det fremgår af psykiatrilovens § 12, stk. 4, at det er overlægen, der beslutter om patienten skal behandles under tvang, og det er overlægen, der vurderer, i hvilket omfang der skal anvendes magt for at gennemføre behandlingen.

Det fremgår videre af psykiatrilovens § 4 a, at beslutningen i overlægens fravær kan træffes af en anden læge, men at overlægen i sådanne tilfælde efterfølgende snarest skal tage stilling til beslutningen.

**AENDRET: Beslutning om tvangsbehandling blev underkendt, idet beslutningen ikke blev truffet eller godkendt af en overlæge. (2021-8618)**

Der blev truffet beslutning om tvangsbehandling med tablet Abilify 15 mg afhængig af effekt og bivirkninger stigende til højst 30 mg, subsidiært injektion Abilify 9,75 mg maksimalt to gange dagligt.

Ankenævnet underkendte beslutningen om tvangsbehandling, idet beslutningen blev truffet af en afdelingslæge og ikke efterfølgende godkendt af en overlæge. Det var ankenævnets vurdering, at psykiatriloven indeholder et delegationsforbud af overlægens beslutningskompetence til underordnet lægeligt personale.

### 5.1.6 Patientrådgiver og bistandsværge

Det fremgår af psykiatrilovens § 24, stk. 1, at der skal beskikkes en patientrådgiver for enhver, der udsættes for tvangsbehandling. Det fremgår videre af § 3 i bekendtgørelse om patientrådgivere, at der skal beskikkes en patientrådgiver for enhver, der undergives tvangsbehandling, medmindre denne har en bistandsværge. Ifølge § 24, stk. 2, 1. pkt., er det patientrådgiverens opgave at vejlede og rådgive patienten med hensyn til alle forhold i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på en psykiatrisk afdeling.

Det fremgår af psykiatrilovens § 26, stk. 1, at patientrådgiveren snarest muligt efter beskikkelsen skal besøge patienten og til stadighed holde sig i forbindelse med denne. Første besøg skal aflægges inden 24 timer efter beskikkelsen. Ved tvangsbehandling sker beskikkelsen, inden der træffes endelig beslutning om tvangsbehandling med henblik på, at patienten så vidt muligt får lejlighed til at drøfte indgrebet med patientrådgiveren i betænkningstiden, jf. § 4, stk. 3, i bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse end tvang på psykiatriske afdelinger.

Det er ankenævnets praksis, at beslutningen om tvangsbehandling ikke i sig selv underkendes, selvom det ikke fremgår af journalen, at patienten har drøftet spørgsmålet om den forestående tvangsbehandling med sin patientrådgiver.

### 5.1.7 Afprøvede lægemidler

Det fremgår af bekendtgørelsens § 4, stk. 1, at der ved tvangsmedicinering skal anvendes afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger. Ifølge § 4, stk. 2, forstås ved afprøvede lægemidler præparater, som er godkendt ved en markedsføringstilladelse efter lægemiddelovens § 7, og som markedsføres her i landet. Ifølge § 4, stk. 3, skal ordinationen følge de retningslinjer, der er fastsat i forbindelse med udstedelse af markedsføringstilladelsen.

#### **TILTRÅDT: Tvangsbehandling blev underkendt, idet præparatet ikke opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler. (2022-1907)**

Der blev truffet beslutning om tvangsbehandling med tablet Acemap (penfluridol) initialdosis 10 mg to gange ugentligt stigende afhængigt af effekt og bivirkninger til højst 20 mg to gange ugentligt, subsidiært injektion Serenase 2,5 mg i.m. dagligt stigende afhængigt af effekt og bivirkninger til højst 5 mg i.m. dagligt.

Ankenævnet vurderede, at tvangsbehandlingen ikke opfyldte kravet om anvendelse af afprøvede lægemidler. Der blev lagt vægt på, at Acemap ikke er godkendt ved en markedsføringstilladelse efter lægemiddelovens § 7 og således ikke markedsføres i Danmark. En generel udleveringstilladelse på præparatet kunne ikke ændre på resultatet, når der som i dette tilfælde var tale om tvangsbehandling.

### 5.1.8 Sædvanlig dosering

Det fremgår af bemærkningerne til psykiatriloven, at sædvanlig dosering betyder, at ordinationerne skal følge de retningslinjer, der fremgår af lægemiddelfortegnelsen, og det, der svarer til god lægelig praksis. Brug af ekstraordinært store doser vil derfor være uberettiget, når der er tale om tvangsbehandling. Videre fremgår det af § 4, stk. 3, i bekendtgørelsen, at ordinationen skal følge de retningslinjer, der er fastsat i forbindelse med udstedelse af markedsføringstilladelsen.

Ankenævnet anvender ved fastlæggelsen af, hvad der er sædvanlig dosering, medicinoversigten på [www.pro.medicin.dk](http://www.pro.medicin.dk), der har erstattet lægemiddelfortegnelsen.

Det er ankenævnets praksis, at der skal anvendes det doseringsforslag på [pro.medicin.dk](http://pro.medicin.dk), der er relevant i forhold til patientens diagnose, og doseringsforslaget kan derfor eksempelvis være forskelligt afhængigt af, om patienten lider af mani eller skizofreni.

Det kan i visse tilfælde kan være tilladt at anvende en større dosis end den, som er sædvanlig for de fleste patienter. Det sker i de tilfælde, hvor behovet konkret og velbegrunder beskrives i forhold til den enkelte patient, og hvor dosis holder sig inden for det, som retningslinjerne angiver som den maksimale dosis. Det er således praksis, at der skal være en konkret begrundelse for doseringen, når denne overstiger den sædvanlige dosis, men overholder den maksimale dosis som beskrevet på [www.pro.medicin.dk](http://www.pro.medicin.dk).



**TILTRÅDT: Beslutning om tvangsbehandling med en større dosis end sædvanlig dosis blev godkendt. (2022-10920)**

Der blev truffet beslutning om tvangsbehandling med smeltetablet Olanzapin 20 mg og oraldråber Cisordinol 20 mg, subsidiært injektion Zyprexa 10 mg højst tre døgn i træk efterfulgt af en dags pause.

Ankenævnet fandt, at den besluttede initialdosis af 20 mg Olanzapin ikke var sædvanlig dosis, idet det fremgår af promedicin.dk, at sædvanlig initialdosis er 5-10 mg.

Ud fra en konkret vurdering fandt ankenævnet, at doseringen var sædvanlig for patienten, idet det var patientens vanlige medicin, som hun havde taget i mange år, og som hun tålte uden væsentlige bivirkninger. Derudover fremgik det af journalen med hvilken begrundelse, der blev ordineret en initialdosis, der gik ud over den på pro.medicin.dk sædvanlige dosis.

**5.1.8.1 Sædvanlig dosisadministration**

Ankenævnet ser på administrationen af medicin i forbindelse med en beslutning om tvangsbehandling, når nævnet vurderer, om der er tale om sædvanlig dosering. Dosis skal som udgangspunkt administreres, så den stemmer overens med retningslinjerne på [www.pro.medicin.dk](http://www.pro.medicin.dk), for at kravet om sædvanlig dosis er opfyldt. Hvis det fremgår af [www.pro.medicin.dk](http://www.pro.medicin.dk), at et bestemt præparat skal administreres to gange i løbet af et døgn, så opfylder en beslutning om én samlet administration af den fulde døgndosis som udgangspunkt ikke kravet om sædvanlig dosis.

Ankenævnet ser også på administrationsformen. Medicinen skal gives i overensstemmelse med retningslinjerne for så vidt angår den pågældende administrationsform. Dette betyder, at hvis et præparat tilbydes som tabletbehandling, skal dosisintervallet følge det på [www.pro.medicin.dk](http://www.pro.medicin.dk) anførte vedrørende tabletbehandling med det pågældende præparat.

**ÆNDRET: Beslutning om tvangsbehandling blev underkendt, idet det ikke var i overensstemmelse med sædvanlig dosering at anvende et nyt præparat på fjerdedagen ved injektionsbehandling med Zyprexa. (2022-3201)**

Der blev truffet beslutning om tvangsbehandling med tablet Olanzapin 5 mg stigende afhængigt af effekt og bivirkninger til højst 20 mg dagligt, subsidiært intramuskulær injektion olanzapin 5 mg stigende til højst 20 mg i tre på hinanden følgende dage efterfulgt af én dags pause og i pausen behandling med intramuskulær injektion aripiprazol 9,75 mg. Overstiger injektion olanzapin 10 mg, fordeles denne over to doser, der gives med mindst to timers mellemrum. Varer behandlingen med injektion olanzapin mere end fem døgn, vil behandlingen blive givet i tre dage efterfulgt af en dags pause.

Ankenævnet vurderede, at den besluttede tvangsbehandling for så vidt angår den subsidiære behandling ikke var i overensstemmelse med medicinoversigten på [pro.medicin.dk](http://pro.medicin.dk), idet det ikke var i overensstemmelse med sædvanlig dosering at anvende injektion aripiprazol på fjerdedagen. Det fremgår af [pro.medicin.dk](http://pro.medicin.dk), at der er manglende erfaring ved behandling med injektion ud over tre dage.

**5.1.9 Information om præparaterne**

Der må ikke benyttes tvang, før der er gjort, hvad der er muligt for at opnå patientens frivillige medvirken. Det fremgår psykiatrilovens § 4, stk. 1.



Patienten skal underrettes om den påtænkte tvang, dens nærmere indhold, baggrund og formål. Det fremgår af psykiatrilovens § 31, stk. 1. Tvangsmedicinering forudsætter, at patienten er fuldt informeret om behandlingens formål, virkninger og mulige bivirkninger. Det fremgår af § 3, stk. 6, i bekendtgørelse om anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger.

Det er ankenævnets praksis, at informationen skal indeholde oplysninger om både det primære og det subsidiære præparat, idet der er en mulighed for, at tvangsbehandlingen iværksættes med det subsidiære præparat. Det skal desuden journalføres, at der er givet eller er forsøgt givet information.

### 5.1.10 Opsættende virkning

En klage over tvangsbehandling har som udgangspunkt opsættende virkning, medmindre det er nødvendigt omgående at gennemføre behandlingen for ikke at udsætte patientens liv eller helbred for væsentlig fare eller for at afværge, at patienten udsætter andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred. Det fremgår af psykiatrilovens § 32, stk. 3.

Det betyder, at behandlingen som udgangspunkt først må iværksættes, når Det Psykiatriske Patientklagenævn har godkendt overlægens beslutning i de tilfælde, hvor der er klaget over en beslutning om tvangsbehandling.

#### **TILTRÅDT: Beslutning om ikke at tillægge patientens klage over tvangsbehandling opsættende virkning blev godkendt. (2022-12688)**

En patients klage over en beslutning om tvangsbehandling blev ikke tillagt opsættende virkning.

Ankenævnet vurderede, at det var korrekt ikke at tillægge klagens opsættende virkning. Der blev lagt vægt på, at patientens tilstand var voldsomt forværret af psykose med stor forpintethed og stor risiko for yderligere forværring. Omgående gennemførelse af behandlingen var derfor nødvendig for ikke at udsætte patientens liv eller helbred for væsentlig fare.

## 5.2 Anvendelse af fysisk magt

En person, der er indlagt på en psykiatrisk afdeling, kan fastholdes og om fornødent med magt føres til et andet opholdssted på sygehuset, såfremt betingelserne i psykiatrilovens § 14, stk. 2, vedrørende tvangsfiksering er opfyldt. Det fremgår af psykiatrilovens § 17, stk. 1. Det er ved formuleringen af betingelserne i § 14, stk. 2, forudsat, at krænkelse af mindre grov eller umiddelbar karakter ville kunne afværges ved anvendelse af mindre indgribende midler end tvangsfiksering. Spørgsmålet om hvilket middel, der skal anvendes i det enkelte tilfælde, skal afgøres under iagttagelse af mindstemiddelsprincippet. Brug af tvang skal stå i rimeligt forhold til det, som søges opnået herved. Det følger af psykiatrilovens § 4, stk. 2. Mindre indgribende foranstaltninger skal bruges, hvis de er tilstrækkelige.

Det vil i nogle tilfælde ikke være muligt at forsøge med mindre indgribende foranstaltninger inden brug af fysisk magt, når det er en akut situation med et element af nærliggende fare.

Fysisk magtanvendelse må efter psykiatrilovens § 17, stk. 1, jf. § 14, stk. 2, kun anvendes kortvarigt og i det omfang, det er nødvendigt for at afværge, at en patient udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred, forfølger

eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter eller øver hærværk af ikke ubetydeligt omfang.

Det fremgår endvidere af Sundhedsstyrelsens vejledning om anvendelse af tvang m.v. i psykiatrien, at fastholdelse uden andre samtidige foranstaltninger skal være så kort som muligt og aldrig bør have en varighed på mere end 30 minutter.

#### TILTRÅDT: Beslutning om anvendelse af fysisk magt blev godkendt. (2022-3199)

Beslutning om anvendelse af fysisk magt mod en mandlig patient blev godkendt, idet ankenævnet fandt, at der var nærliggende fare for, at han selv eller andre ville lide skade på legeme eller helbred.

Der blev lagt vægt på, at han var præget af anfaldsfænomener af kataton karakter, hvor han lå med krampelignende tilfælde i sengen. Da personalet fastholdt hans arme, rejste han sig op fra sengen og begyndte at gøre modstand. Han slog ud med hovedet mod personalet og forsøgte at gøre skade på sig selv. Endvidere sparkede han mod personalet og trådte dem på fødderne.

Ankenævnet fandt endvidere, at fastholdelsen opfyldte kravet om mindst indgribende foranstaltning, idet magtudøvelsen ikke varede i længere tid end nødvendigt, idet fastholdelsen blev afsluttet straks, det var muligt, og idet den ifølge tvangsprotokollen varede i 33 minutter. Videre er der lagt vægt på, at fastholdelse erfaringsmæssigt kun var nødvendigt kortvarigt i tidligere lignende situationer.

Ankenævnet vurderede desuden, at tidligere ophørt fastholdelse ville have medført tvangsfiksering.

## 5.3 Indgivelse af beroligende middel med magt

Hvis en patient, der er indlagt på en psykiatrisk afdeling, befinder sig i en urolig tilstand, kan der være behov for at indgive beroligende middel med magt. Når ankenævnet vurderer, om betingelserne for indgivelse af beroligende middel med magt er opfyldt, gøres dette som udgangspunkt efter følgende kriterier:

- Er det nødvendigt at indgive beroligende middel med magt med henblik på at bringe patienten til ro og bedring af dennes tilstand?
- Er kravet om mindst indgribende foranstaltning opfyldt?

Ankenævnet tager ved vurderingen stilling til, om man før indgivelse af beroligende middel med magt har:

- Forsøgt at begrænse og korrigere patientens aktiviteter
- Forsøgt at tale patienten til ro
- Forsøgt at tilbyde patienten beroligende medicin til frivillig indtagelse

Hvis nogle af ovenstående tiltag ikke er forsøgt, tager ankenævnet stilling til, om denne undladelse var konkret begrundet i journalen. Ankenævnet tager desuden stilling til, om der er tale om afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger i henhold til [www.pro.medicin.dk](http://www.pro.medicin.dk). Hvis der er tale om en usædvanlig dosering, tager ankenævnet stilling til, om det konkret fremgår af journalen, hvad begrundelsen var for at gå ud over sædvanlig dosering.

### 5.3.1 Patientens tilstand

Lægen kan bestemme, at en patient om fornødent med magt skal have et beroligende middel, hvis det er af afgørende betydning for bedring af patientens meget urolige tilstand. Det fremgår af psykiatrilovens § 17, stk. 2.

### 5.3.2 Mindstemiddelsprincippet

Tvang må ikke benyttes, før der er gjort, hvad der er muligt for at opnå patientens frivillige medvirken. Hvis mindre indgribende foranstaltninger er tilstrækkelige, skal disse bruges, og tvang ikke må bruges i videre omfang, end hvad der er nødvendigt for at opnå det tilsigtede formål. Det fremgår af psykiatrilovens § 4.

Dette mindstemiddelsprincip indebærer, at tvang ikke må bruges, før der er gjort, hvad der er muligt for at få patienten til at medvirke frivilligt. Brugen af tvang skal stå i rimeligt forhold til det, man vil opnå med den. Er mindre indgribende foranstaltninger tilstrækkelige, skal disse anvendes.

En patient skal efter mindstemiddelsprincippet tilbydes at tage sin medicin frivilligt, før det besluttet at give beroligende middel med magt. Det skal journalføres, at behandlingen er tilbudt til frivillig indtagelse. Det skal også journalføres, hvis man forgæves har forsøgt at skærme patienten og tale patienten til ro, da det dokumenterer, at mindre indgribende foranstaltninger ikke var tilstrækkelige.

Ankenævnet kan dog konkret vurdere, at mindstemiddelsprincippet er opfyldt, selvom alle mindre indgribende foranstaltninger ikke er forsøgt.

**TILTRÅDT:** Beslutning om indgivelse af beroligende middel med magt blev godkendt, selvom patienten ikke forinden var forsøgt korrigeret og begrænset. (2022-3196)

En kvindelig patient fik indgivet beroligende middel med magt uden forudgående forsøg på at begrænse og korrigere hende.

Ankenævnet lagde vægt på, at det ikke var muligt at begrænse og korrigere patientens aktiviteter yderligere i den konkrete situation, hvor hun var bæltefikseret, men at man havde tilbudt hende beroligende medicin til frivillig indtagelse forinden indgivelsen.

#### 5.3.2.1 Fysisk magt som accessorisk indgreb ved beroligende middel med magt

Mindstemiddelprincippet er nærmere beskrevet i afsnit 5.3.2.

Det fremgår af vejledning om anvendelse af tvang m.v. i psykiatrien (nr. 9552 af 10/08/2020), at fastholdelse kan ske i forbindelse med et andet tvangsindgreb. I dette tilfælde er der ikke tale om fastholdelse som selvstændig tvang, men fastholdelse som en nødvendighed for at gennemføre et andet tvangsindgreb. Yderligere fremgår det af vejledningen, at varigheden af denne form for fastholdelse er kortvarigt og udelukkende i direkte tilslutning til et andet tvangsindgreb. Såfremt der er behov for fastholdelse herudover, er der tale om en selvstændig tvangsforanstaltning.

Ankenævnet vil derfor tage stilling til, om den anvendte fastholdelse i forbindelse med indgivelsen af beroligende middel med magt opfylder mindstemiddelprincippet i de tilfælde, hvor der er klaget over fastholdelsen.

Hjemvist: Det Psykiatriske Patientklagenævns afvisning af at tage stilling til anvendelse af fysisk magt i forbindelse med indgivelse af beroligende middel med magt blev hjemvist til fornyet behandling. (2022-2343)

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde afvist at behandle klager over anvendelse af fysisk magt i forbindelse med to tilfælde af indgivelse af beroligende middel med magt.

Ankenævnet fandt, at der var tale om fysisk magt som accessoriske indgreb til indgivelserne af beroligende middel med magt.

Ankenævnet hjemviste derfor sagen til Det Psykiatriske Patientklagenævn, der skulle træffe afgørelse om, hvorvidt indgivelserne af beroligende middel med magt kunne godkendes i sin helhed. Herved skulle Det Psykiatriske Patientklagenævn tage stilling til, om den fysiske magt, der blev anvendt i forbindelse med indgivelserne, var nødvendig, og om der blev anvendt fysisk magt i videre omfang, end formålet med indgivelserne af beroligende middel med magt tilsagde.

### 5.3.3 Præparat og dosis

Sædvanlig dosering i relation til tvangsbehandling er nærmere beskrevet i afsnit 5.1.8.

Ankenævnet vurderer i relation til beroligende middel med magt desuden den indgivne dosis på baggrund af den samlede akkumulerede døgndosis, hvis der for eksempel er indgivet beroligende middel flere gange inden for ét døgn.

Når det besluttes at give beroligende middel med magt, skal præparat og dosis som udgangspunkt svare til det præparat og den dosis, patienten blev tilbudt til frivillig indtagelse.

Hvis der er tale om en eskaleret situation, er det imidlertid ankenævnets praksis, at der kan være grundlag for at indgive beroligende medicin i en højere dosis end den, der er tilbudt, eller at give et andet præparat.

**TILTRÅDT:** Indgivelse af beroligende middel med magt blev underkendt, idet det tilbudte ikke svarede til det indgivne. (2022-1671)

En kvindelig patient fik tilbudt tablet Cisordinol 10 mg og tablet Lorazepam 2 mg forinden indgivelse af injektion Cisordinol-Acutard 50 mg og injektion Lorazepam 2 mg.

Ankenævnet fandt, at Lorazepam 2 mg i injektionsform svarer til 2 mg Lorazepam i tabletform. Ankenævnet fandt dog, at Cisordinol og Cisordinol-Acutard ikke er samme præparat.

Der blev lagt vægt på, at der er betydelig forskel på absorptionsgrad- og tid samt halveringstid for de to administrationsformer. Dermed fandtes der at være forskellige forløb af kurverne over plasmakoncentrationen på henholdsvis tabletformen og injektionsformen.

## 5.4 Personlig skærmning

Ved personlig skærmning i psykiatrilovens forstand forstås foranstaltninger, hvor et eller flere personalemedlemmer konstant befinder sig i umiddelbar nærhed af patienten. Det følger af psykiatrilovens § 18 d, at personlig skærmning, som patienten ikke samtykker til, kun må benyttes i det omfang, det er nødvendigt for at afværge, at en patient enten begår selvmord eller på anden vis udsætter sit eller andres helbred for betydelig skade eller forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter eller andre.

Det fremgår af § 39, stk. 2, i bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger, at der ved udtrykket "umiddelbar nærhed" skal forstås, at patienten til stadighed er under opsyn, herunder ved badning og toiletbesøg, og at der dermed er mulighed for hurtig indgriben fra personalets side.

Det skal bemærkes, at det fremgår af lovforslaget om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien af 9. november 2005 til den tidligere § 18 c i psykiatriloven, at personlig skærmning som juridisk begreb ikke nødvendigvis har samme indhold, som når begrebet benyttes i andre sammenhænge. Videre fremgår det, at lavere grader af observation og overvågning ikke er omfattet af bestemmelsen og udgør efter regeringens opfattelse ikke så stort et indgreb i den personlige integritet, at regulering i psykiatriloven er påkrævet.

Ankenævnet vil indledningsvist tage stilling til, om der er tale om personlig skærmning i psykiatrilovens forstand, herunder om skærmningen uafbrudt har varet mere end 24 timer. Først herefter vil ankenævnet tage stilling til, om betingelserne for at iværksætte personlig skærmning var opfyldt.

Kravet i psykiatrilovens § 4 om at anvende den mindst indgribende foranstaltning gælder også for så vidt angår personlig skærmning. Det vil således have betydning i ankenævnets vurdering, om det er dokumenteret i journalen, at mindre indgribende tiltag har været forsøgt forinden anvendelse af personlig skærmning.

Det Psykiatriske Patientklagenævn havde ikke kompetence til at behandle klage over personlig skærmning, da patienten ikke var under konstant opsyn i 24 timer. (2021-11893)

En kvindelig patient havde klaget over personlig skærmning. Det fremgik af journalen, at hun forinden indgivelse af beroligende middel med magt var forsøgt skærmet til stuen, og at hun efter indgivelsen blev skærmet til stuen.

Videre fremgik det af lægeerklæringen, at hun den dag, hun fik indgivet beroligende middel med magt, blev forsøgt skærmet til stuen, men at hun afbrød skærmningen.

På den baggrund var det ankenævnets opfattelse, at der ikke var tale om personlig skærmning, der uafbrudt havde varet i mere end 24 timer, hvorfor forholdet ikke fandtes at være personlig skærmning i psykiatrilovens forstand.

## 6 Folketingets Ombudsmand og domstolene

---

Det Psykiatriske Ankenævn havde ingen sager ved domstolene eller ved Folketingets Ombudsmand i 2022.

## 7 Læring

---

Det er vigtigt for Det Psykiatriske Ankenævn fortsat at udbrede kendskabet til ankenævnets afgørelser i konkrete sager. Rent praktisk gøres dette i form af blandt andet årsberetninger og offentliggørelse af afgørelser.

Formålet er, at denne årsberetning kan medvirke til, at de psykiatriske afdelinger og sundhedspersonerne på disse afdelinger får indsigt i praksis og dermed kan inddrage den læring i deres arbejde lærer af de forskellige forløb af tvangsforanstaltninger, som er gengivet i årsberetningen.

Ankenævnet vurderer ved hvert nævnsmøde, om der er sager, der er principielle eller kan bidrage med generel læring. De sager, der vurderes at kunne bidrage til læring, offentliggøres anonymt på Styrelsen for Patientklagers hjemmeside [www.stpk.dk](http://www.stpk.dk). I 2022 offentliggjorde ankenævnet otte afgørelser.

Det faste team af sagsbehandlere, der behandler disse sager, drøfter tvivlssager, inden de behandles af nævnet. På den måde deler sagsbehandlerne viden fra de enkelte sager. Det sikrer, at praksis er ensartet og giver en opmærksomhed på hvilke sager, der kan være relevante at offentliggøre.

Teamet har også et tæt samarbejde med de sagkyndige, der afgiver udtalelser i sagerne. Samarbejdet bidrager positivt til læringen i teamet, men også udadtil gennem de sagkyndiges arbejde i psykiatrien. I 2022 har sekretariatet i samarbejde med sagkyndige lavet et nyt koncept for sagkyndigudtalelser til gavn for sagernes behandling.

Sekretariatet deltog desuden i 2022 ved det årlige møde med Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Nævnenes Hus, hvor der blandt andet var et oplæg fra [www.promedicin.dk](http://www.promedicin.dk), som gav sekretariatet en bedre forståelse af opbygningen af [www.promedicin.dk](http://www.promedicin.dk).

## 8 Forventninger til fremtiden

---

Det Psykiatriske Ankenævn vil tilstræbe at have fokus på at offentliggøre ankenævnets praksis løbende og øge antallet af offentliggørelser i 2023 for herigennem at give en bedre forståelse for og udbredelse af kendskabet til ankenævnets arbejde.

Ankenævnet vil desuden arbejde for at fastholde sagsbehandlingstiden på seks måneder i gennemsnit.



# Bilag 1: Sammensætning af Det Psykiatriske Ankenævn i 2022

## Formand:

- Landsdommer Steen Mejer

## Stedfortræder for formand

- Landsdommer Kaare Mønsted

## Medlemmer indstillet af Lægeforeningen:

- Overlæge Lisbeth Uhrskov Sørensen
- Speciallæge Pia Glyngdal

## Stedfortrædere for medlemmer indstillet af Lægeforeningen:

- Overlæge Lykke Pedersen
- Overlæge Annick F. Ufer Parnas

## Medlemmer indstillet af Danske Handicaporganisationer:

- Lisbeth Holmgaard
- Lennart Frandsen

## Stedfortrædere for medlemmer indstillet af Danske Handicaporganisationer:

- Irene Hjortshøj

# Bilag 2: Forretningsorden for Det Psykiatriske Ankenævn

Bekendtgørelse nr. 1076 af 27. oktober 2019 om forretningsorden for Det Psykiatriske Ankenævn

I medfør af § 38 a, stk. 4, i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v., jf. lovbekendtgørelse nr. 936 af 2. september 2019, og efter forhandling med Det Psykiatriske Ankenævn fastsættes:

## Kapitel 1

### *Det Psykiatriske Ankenævns opgaver og sammensætning*

**§ 1.** Det Psykiatriske Ankenævn behandler klager over Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelser vedrørende tvangsbehandling, anvendelse af fysisk magt, indgivelse af et beroligende middel med magt, personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, personlig skærmning, der uafbrudt varer mere end 24 timer, samt aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland, jf. § 38, stk. 1, i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v.

**§ 2.** Det Psykiatriske Ankenævn består af en dommer som formand, to medlemmer, der skal være psykiatere, beskikket efter indstilling fra Lægeforeningen og to medlemmer beskikket efter indstilling fra Danske Handicaporganisationer, jf. § 38 a, stk. 1, i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v.

## Kapitel 2

### *Forberedelse af sagerne*

**§ 3.** Formanden afgør, om en klage falder inden for ankenævnets kompetence, om klageren har tilstrækkelig retlig interesse i sagen, og om en klage skal afvises på grund af en overskridelse af klagefristen, jf. § 38, stk. 2, i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v.

Stk. 2. Formanden kan bemyndige sekretariatet, jf. § 4, stk. 1, til at træffe beslutninger efter stk. 1.

**§ 4.** Det Psykiatriske Ankenævn sekretariatsbetjenes af Patientombuddet, jf. § 38 a, stk. 3, i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v.

Stk. 2. Sekretariatet bestemmer rækkefølgen for behandling af de indkomne klager, jf. dog stk. 5.

Stk. 3. Sekretariatet er ansvarligt for oplysning af sagen, indhentelse af fornøden sagkyndig vurdering og udarbejdelse af forslag til afgørelse.

Stk. 4. Sekretariatet kan under sagsforberedelsen forelægge en sag for Retslægerådet og Sundhedsstyrelsen.

Stk. 5. Ankenævnets formand kan fastlægge generelle eller konkrete retningslinjer for sekretariatets virksomhed.

## Kapitel 3

### *Afholdelse af møde m.v.*

**§ 5.** Ankenævnet udøver sin virksomhed i møder, herunder telefonmøder eller lignende, jf. dog stk. 2 og 3.

Stk. 2. Formanden kan træffe afgørelser i sager, som efter den af ankenævnet fulgte praksis ikke skønnes at give anledning til tvivl, herunder afvise anmodninger om genoptagelse af sager, jf. dog § 14, stk. 3. Dette gælder dog ikke sager, som skønnes at give anledning at ændre, hjemvise eller ophæve Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

Stk. 3. Sager, som formanden skønner egnet til skriftlig votering, kan sendes til medlemmerne med indstilling om afgørelse.

**§ 6.** Ved afgørelsen af en sag sammensættes ankenævnet som angivet i § 2.

**§ 7.** Formanden indkalder medlemmer eller disses suppleanter til et nævnsmøde.

Stk. 2. Formanden fastsætter tid, sted og dagsorden for nævnsmøderne.

Stk. 3. Nævnsmøderne indkaldes med mindst 14 dages varsel. Indkaldelsen vedlægges en dagsorden over de sager, der skal behandles på mødet, et forslag til ankenævnets afgørelse af hver af sagerne, og det sagsmateriale, der er nødvendigt for, at ankenævnet kan træffe afgørelse i hver enkelt sag.

Stk. 4. Formanden kan bemyndige sekretariatet til at varetage formandens opgaver efter stk. 1-3.

**§ 8.** Formanden leder og tilrettelægger mødet.

Stk. 2. Ankenævnet er ved afgørelsen af sager beslutningsdygtigt, når formanden samt et medlem beskikket efter indstilling fra Danske Handicaporganisationer og et medlem beskikket efter indstilling fra Lægeforeningen, er til stede.

**§ 9.** Ankenævnets møder er ikke offentlige.

Stk. 2. Ankenævnets formand kan bestemme, at særligt sagkyndige eller andre kan deltage uden stemmeret ved ankenævnets behandling af en sag.

## Kapitel 4

### *Afgørelser m.v.*

**§ 10.** Ankenævnets afgørelser træffes ved stemmetal. I tilfælde af stemmelighed er formandens stemme udslagsgivende.

Stk. 2. Ankenævnets afgørelser indføres i en beslutningsprotokol, som underskrives af formanden. Et medlem kan kræve en kort begrundelse for sit standpunkt tilført protokollen.

Stk. 3. Afgørelser udfærdiges skriftligt, med begrundelse og med angivelse af, om det er et enigt ankenævn eller et flertal af ankenævnets medlemmer, der har truffet afgørelse. I afgørelsen angives navnene på de medlemmer, der har deltaget i afgørelsen. Et medlems eventuelle særstandpunkt anføres kort i afgørelsen med angivelse af medlemmets navn.

**§ 11.** Ankenævnets afgørelse sendes til klageren, Det Psykiatriske Patientklagenævn og den psykiatriske afdeling, afgørelsen vedrører. Afgørelsen sendes endvidere til regionsrådet.

Stk. 2. Afgørelsen kan endvidere sendes til Styrelsen for Patientsikkerhed og andre med berettiget interesse.

**§ 12.** Ankenævnets afgørelser offentliggøres i anonymiseret form, hvis de er af principiel betydning eller har almen interesse og er egnede som vejledning om ankenævnets praksis.

**§ 13.** Ankenævnet kan tiltræde, ændre, hjemvise eller ophæve Det Psykiatriske Patientklagenævns afgørelse.

**§ 14.** Ankenævnet er i sin virksomhed uafhængigt af instruktioner om den enkelte sags behandling og afgørelse, jf. § 38 a, stk. 1, 2. pkt., i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v.

Stk. 2. Ankenævnets afgørelser kan ikke indbringes for anden administrativ myndighed, jf. § 38, stk. 3, i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v.

Stk. 3. Fremkommer der i en sag, som er afgjort af ankenævnet, nye og for sagens afgørelse væsentlige oplysninger, tager ankenævnet sagen op til fornyet behandling og afgørelse. Det samme gælder, hvis der er begået væsentlige fejl i sagsbehandlingen.

## Kapitel 5

### *Forskellige bestemmelser*

**§ 15.** Ankenævnets medlemmer er ved udøvelsen af deres virksomhed for ankenævnet underlagt tavshedspligt, jf. forvaltningslovens § 27.

**§ 16.** Ankenævnets medlemmer er ved udøvelsen af deres virksomhed for ankenævnet omfattet af forvaltningslovens regler om inhabilitet.

Stk. 2. Et nævnsmedlem har pligt til at underrette ankenævnet om forhold, som kan medføre vedkommendes inhabilitet, ligesom ethvert af ankenævnets andre medlemmer, der er bekendt med sådanne forhold, har pligt til at oplyse ankenævnet herom.

Stk. 3. Et nævnsmedlem må ikke medvirke ved behandlingen af en konkret sag i blandt andre følgende situationer:

- 1) hvis nævnsmedlemmet har nære personlige relationer til en af sagens parter,
- 2) hvis nævnsmedlemmet har deltaget i behandlingen af samme sag i en anden institution, eksempelvis Retslægerådet eller Patienterstatningen,
- 3) hvis klager på noget tidspunkt er blevet undersøgt eller behandlet af nævnsmedlemmet,

4) hvis klager i forbindelse med det påklagede forhold er blevet undersøgt eller behandlet på den psykiatriske afdeling, hvor nævnsmedlemmet er beskæftiget,

5) hvis nævnsmedlemmet er ansat på den psykiatriske afdeling, hvor anvendelsen af tvang fandt sted, eller var ansat på afdelingen på tidspunktet for anvendelsen af tvang i det påklagede forhold, eller

6) hvis der i øvrigt foreligger konkrete omstændigheder, som kan være egnede til at vække tvivl om den pågældendes uvildighed.

Stk. 4. Hvis et nævnsmedlem er i tvivl om sin habilitet, kan spørgsmålet drøftes med sekretariatet.

Stk. 5. Ankenævnet afgør, om et nævnsmedlem kan deltage i behandlingen af en sag. Nævnsmedlemmet må ikke deltage i behandlingen og afgørelsen af spørgsmålet om vedkommendes inhabilitet. I tilfælde af stemmelighed er formandens stemme afgørende.

**§ 17.** Det Psykiatriske Ankenævn afgiver en årsberetning om sin virksomhed, som sendes til sundheds- og ældreministeren, Sundhedsstyrelsen, Styrelsen for Patientsikkerhed og regionerne. Årsberetningen forberedes af sekretariatet.

## **Kapitel 6**

### ***Ikrafttræden***

**§ 18.** Bekendtgørelsen træder i kraft den 1. november 2019.

Stk. 2. Bekendtgørelse nr. 1574 af 15. december 2010 om forretningsorden for Det Psykiatriske Ankenævn ophæves.

Sundheds- og Ældreministeriet, den 27. oktober 2019

Magnus Heunicke

/ Sabine Godsvig Laursen